



KIT ADMISSION

Maternité

Ce kit contient les documents nécessaires à chaque étape administrative de votre prise en charge.

**Ce kit est à remettre au bureau des admissions accompagné des pièces justificatives à fournir.
Conservez-le et présentez-le à chaque rendez-vous.**

Les étapes de votre séjour

PRENDRE RDV AVEC L'ANESTHÉSISTE



Votre RDV chez l'anesthésiste est prévu le

**SAUF SI VOUS AVEZ DÉJÀ FAIT VOTRE PRÉADMISSION EN LIGNE.,
merci de vous présenter 45 minutes avant l'heure de votre consultation
d'anesthésie au bureau des admissions (RDC de la clinique)**

1 - LA PRÉ-ADMISSION

Lieu : Rez de chaussée, bureau des admissions ou sur Internet, <https://www.cliniquedoualdouest.com/>

A amener :

- Tous les documents du présent KIT, complétés et signés (pages 3 à 5)
- La carte d'identité
- Si la parturiente est mineure** : la photocopie du livret de famille et les pièces d'identité des deux parents
- La carte vitale à jour

2 - LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Lieu : médicentre, 1er étage

- Elle est obligatoire
- Pour les mineures **la présence d'un ou des deux parents est obligatoire**
- Rendez-vous au 04 72 19 34 33 ou sur doctolib.

A apporter, **SI VOUS LES AVEZ** :

- Le questionnaire pré-anesthésique complété (pages 9 et 10)
- La carte de groupe sanguin
- Les derniers examens biologiques, radiographiques et électrocardiographiques
- Les ordonnances des traitements en cours

3 - VOTRE ADMISSION

Lieu : Rez de chaussée, standard

Les accompagnants doivent se présenter au bureau des admissions pour finaliser l'admission et apporter les documents suivants :

- L'autorisation d'opérer dûment remplie (page 7)
- La prise en charge de votre mutuelle (**FINESS 690780358 - DMT MATERNITÉ 165**). Mail du bureau des entrées : bureau.entrees@cliniquedoualdouest.fr
- Le(s) devis du/des praticien(s) signé(s) (de l'accoucheur et de l'anesthésiste)
- 1 chèque d'acompte de 500€ encaissé le jour de votre départ, si le solde de votre facture le justifie

4 - VOTRE SORTIE

Lieu : Rez de chaussée, bureau des sorties

Les formalités de départ sont OBLIGATOIRES pour faire le tiers payant.

Nos hôtesse vous donneront une facture intermédiaire

5 - VOTRE FACTURE

Elle vous sera envoyée par courrier à domicile dans les 15 jours suivants le séjour. Elle est :

- **Acquittée** : vous devrez l'envoyer à votre mutuelle pour remboursement
- **Non acquittée** : merci de bien vouloir nous envoyer le règlement par courrier, nous vous retournerons une facture acquittée que vous pourrez transmettre à votre mutuelle



NOUVEAU : lorsque vous recevez une facture non acquittée, vous pouvez désormais la payer en ligne depuis le site internet de la Clinique. Il vous suffit de vous connecter sur <http://cliniquedoualdouest.fr>, rubrique *Payer en ligne*.

FICHE DE PRÉ-ADMISSION SERVICE DE MATERNITÉ

Nom de l'obstétricien :
Date d'accouchement prévu :
N° portable du patient :
Nom et prénom du médecin traitant :
Date de début de grossesse :

À REMPLIR PAR L'HOSPITALISÉE

**Feuille à remplir par la patiente et à ramener 45 minutes avant la consultation anesthésiste
ou à retourner par mail : bureau.entrees@cliniqueduvaldouest.fr**

**Cette feuille doit être accompagnée de toutes les pièces à fournir listées
dans le kit admission (page 2, partie 1 « LA PRÉ-ADMISSION »).
SAUF SI VOUS AVEZ DÉJÀ FAIT VOTRE PREADMISSION EN LIGNE,**

Nom : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance :
Lieu de naissance : N° Portable :
Situation familiale :
Adresse mail :
Adresse :
Code postal : Commune :

N° de Sécurité Sociale :
Adresse du Centre de Sécurité Sociale :
Nom et adresse de la mutuelle :

Date :
Signature :

PERSONNE À PREVENIR ET PERSONNE DE CONFIANCE

Document à remettre lors de votre pré-admission et à ramener le jour de votre entrée

	Personne à prévenir	Personne de confiance
Combien	Une ou plusieurs personnes	Une seule personne
Désignation	Par écrit ou par oral par le patient, ou sur proposition d'un tiers si le patient est hors d'état de s'exprimer	Par écrit par le patient
Participation aux décisions médicales concernant le patient	NON	Oui, elle peut accompagner le patient s'il le souhaite. Lorsqu'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle est consultée pour certaines décisions médicales (son témoignage prime sur tout autre)
Accès au dossier médical	NON Sauf procuration du patient	

Ma personne à prévenir est :

Nom et prénoms :

Domicilié(e) à :

Téléphone :

Ma personne de confiance est, au sens de l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique pour mon hospitalisation actuelle :

Nom et prénoms :

Domicilié(e) à :

Téléphone portable : Téléphone professionnel :

Email :

Date :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour le respect de ses obligations légales et réglementaires.

Ce traitement a pour finalité d'assurer le respect de votre choix et la consultation de la personne désignée, le cas échéant. Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur.

Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org ou en écrivant à Clinique du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Ecully.

ENGAGEMENT SUR LES CONDITIONS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ

Je certifie par la présente avoir demandé :

Une chambre individuelle, sous réserve de disponibilité (**toute journée entamée est facturée**) :

- Standard** au prix de 98€/jour*
- Confort** au prix de 125€/jour*
- Supérieure** au prix de 175€/jour*
- Prestige** au prix de 280€/jour*

- Un lit d'accompagnant au prix de 40€* la nuit incluant le petit déjeuner (uniquement dans les chambres particulières et sous réserve de disponibilité).

Une chambre à deux lits

- Une chambre à deux lits (sans supplément)
- La télévision au prix de 4,00€* par jour d'hospitalisation + casque obligatoire (possibilité d'achat à la boutique au prix de 5€)

Je déclare accepter d'avoir à régler à la sortie :

- les suppléments de séjour (chambre seule et/ou avec accompagnant, télévision, ...)
- la PAS (Participation Assurée Transitoire) de 24€ par séjour
- le forfait journalier de 20€ par jour y compris le jour d'entrée et le jour de sortie

dépassant la prise en charge par la Sécurité Sociale et ma mutuelle.

Je déclare être informé(e) que la plupart des praticiens exerçant dans l'établissement sont affiliés au secteur 2 et de ce fait, que **leurs honoraires sont éventuellement supérieurs à la prise en charge**. Dans ce cas, j'accepte de régler à la clinique, pour leur compte, les sommes restant à ma charge.

Je déclare être informé(e) qu'un chèque d'acompte de :

- 500€ pour une hospitalisation complète

me sera demandé lors de ma préadmission et qu'il sera encaissé le jour de mon départ.

Je suis informé(e) qu'il est recommandé de n'apporter ni bijoux, ni objet de valeur, et que la clinique décline toute responsabilité en cas de vol.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations relatives au traitement de mes données à caractère personnel au verso de ce document.

** sous réserve des tarifs en vigueur à la date d'entrée*

Date :

Signature :

INFORMATION DES PATIENTS CONCERNANT LE TRAITEMENT DE LEURS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PAR LA CLINIQUE DU VAL D'OUEST

Les informations à caractère personnel recueillies à l'occasion de votre séjour dans notre établissement font l'objet de traitements automatisés sous la responsabilité de la Clinique du Val d'Ouest.

- **Quelles données sont concernées ?**

Ce sont vos données administratives (identité, numéro de sécurité sociale, droits sociaux), vos données de santé, les données relatives à votre vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale) les données d'ordre financier ainsi que celles relatives aux actes et prestations médicales réalisés.

- **Pourquoi collectons-nous vos données ?**

Les données collectées sont nécessaires à la réalisation des prestations de soins et à l'exécution de nos obligations légales, réglementaires et normatives, pour les finalités suivantes :

- › Assurer votre prise en charge au sein de notre établissement, délivrer la prestation de soins, la prescription et la délivrance de médicaments, assurer votre suivi pendant et postérieurement à votre séjour ;
- › Constituer votre dossier médical, conformément aux dispositions de l'article R.1112-2 du Code de la santé publique ;
- › Assurer gestion administrative de nos services, leur facturation, l'analyse et l'évaluation de notre activité de soins ;
- › Permettre le remboursement de vos prestations par les organismes concernés.

Lorsqu'il est nécessaire, votre consentement vous sera expressément demandé.

- **A qui sont destinées ces données ?**

Les données sont destinées aux personnels de notre établissement habilités à les traiter ainsi qu'aux professionnels de santé membres de l'équipe de soin intervenant dans votre prise en charge. Les informations nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à votre suivi médico-social pourront être transmises à d'autres professionnels de santé avec votre consentement.

Les informations nécessaires au remboursement de vos soins sont transmises aux personnels des caisses de sécurité sociale et de mutuelles habilités à les traiter.

- **Pendant combien de temps conservez-vous mes données ?**

Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire aux finalités poursuivies, sous réserve de l'application d'une durée de conservation imposée par une obligation légale ou réglementaire.

Les données de caractère administratif sont conservées pendant 5 ans à compter de la dernière intervention sur le dossier patient puis archivées pour une durée de 15 ans.

Les données de votre dossier médical sont conservées pendant 20 ans à compter de la date de votre dernier passage dans notre établissement ou au moins jusqu'au 28^{ème} anniversaire du patient ou pendant 10 ans à compter de la date du décès.

Confidentialité et sécurité des données

Les données font l'objet d'un traitement informatisé dans le strict respect du secret médical et conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, du Règlement UE 2016/679 sur la protection des données du 27 avril 2016 et du Code de la santé publique.

Notre établissement met en œuvre les mesures organisationnelles techniques, logicielles et physiques appropriées pour préserver et garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des données à caractère personnel collectées et traitées.

Vos droits

Conformément aux dispositions légales et réglementaires susvisées vous disposez, à tout moment, d'un droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant et du droit de retirer votre consentement lorsque celui-ci est nécessaire. Vous disposez également, sous réserve des conditions prévues par les dispositions applicables, d'un droit de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données, du droit de définir du sort de vos données après votre décès et du droit de limiter leur utilisation.

Contact

Vous pouvez exercer vos droits en contactant le Délégué à la Protection des Données de notre groupe à l'adresse mail : dpo@kantys.org. Toute demande doit être accompagnée de la copie d'un titre d'identité en cours de validité. En cas de difficultés, vous pouvez également saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) d'une réclamation.

ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ : AUTORISATION D'OPERER

Document à remettre le jour de la pré-admission

Je soussigné(e),

Pour intervention prévue le :

Agissant pour moi-même

Agissant pour mon enfant :

Agissant pour le majeur protégé :

Atteste avoir eu un entretien avec le Dr :

exerçant à la Clinique du Val d'ouest, pour être informé(e) sur mon état de santé actuel et sur les motifs ayant conduit à prescrire les examens et actes thérapeutiques nécessaires. J'ai reçu une information claire, complète et appropriée, relative à ces actes, à l'inconfort qu'ils seraient susceptibles d'entraîner, ainsi qu'aux risques et complications pouvant survenir pendant leur réalisation et dans leurs suites immédiates ou à terme.

**Pour les patients sous tutelle,
signature du tuteur
joindre l'attestation de jugement**

Patient (ou tuteur) :

Date :
Nom :
Prénom :
Signature :

LA SIGNATURE DES 2 PARENTS EST OBLIGATOIRE

Pour les patients mineurs

Ce document doit être obligatoirement signé par les deux titulaires de l'autorité parentale. A défaut, l'intervention ne pourra avoir lieu.
Si vous exercez seul l'autorité parentale vous devez en apporter la preuve (livret de famille / attestation de jugement).

Patient mineur :

Mère de l'enfant	ET	Père de l'enfant
Date :		Date :
Nom :		Nom :
Prénom :		Prénom :
Date de naissance :		Date de naissance :
Tél :		Tél :
Signature de la Mère :		Signature du Père :

Les parents (détenteurs de l'autorité parentale) attestent chacun en ce qui les concerne, l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

L'Article 372-2 du code civil précise :

Tout acte médical sur un mineur impose de recueillir au préalable le consentement de ses représentants légaux. Le père et la mère exercent en commun l'autorité parentale.

Les informations que vous communiquez sur ce formulaire sont nécessaires à votre prise en charge et font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour répondre à ses obligations légales et réglementaires. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à vos données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement, sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org. soit par courrier en écrivant à Clinique du Val d'Ouest - 39 chemin de la Vernique - 69130 Ecully.

QUESTIONNAIRE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Antécédents personnels du patient concerné (adulte ou enfant)

La consultation d'anesthésie pré-opératoire, obligatoire depuis la loi du 5.12.94, a pour but de connaître votre état de santé afin de choisir et vous expliquer le type d'anesthésie le plus adapté à votre cas. Lors de cette consultation, vous sera remise une information écrite qu'il faudra lire et rapporter signée lors de votre admission.

Merci de prendre rendez-vous le plus tôt possible en ligne sur le site www.doctolib.fr ou au **04-72-19-34-33**, de remplir ce questionnaire, en vous faisant aider si besoin de votre médecin traitant et d'apporter vos ordonnances et examens récents (sanguins, cardiologiques, ou radiologiques).

Nom _____

Profession _____

Prénom _____

Age _____

Poids Actuel : _____

Tabac (cig /j) : _____

Si grossesse, Poids de départ : _____

Alcool (verres /j) : _____

Taille : _____

Activité Physique, Sport : _____

SUIVEZ VOUS UN TRAITEMENT ? (en cours ou récent) OUI NON

-
-
-
-

AVEZ-VOUS DEJA PRESENTÉ DES ALLERGIES ? OUI NON

- | | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rhume des foins | <input type="checkbox"/> Alimentaire | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTS (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Produits iodés | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> PENICILLINE |
| <input type="checkbox"/> Arachide | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> LATEX |

MALADIES IMPORTANTES DANS VOTRE FAMILLE ? OUI NON

- | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hémophilie, Maladie de Willebrand | <input type="checkbox"/> Oedeme Angio-Neurotique |
| <input type="checkbox"/> Maladie Neuro-Musculaire | <input type="checkbox"/> Complication d'anesthésie |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez): | |

AVEZ-VOUS DEJA ETE OPERÉ(E) ? (si oui, précisez) OUI NON

-
-
-
-
Avez-vous eu des problèmes lors de précédentes anesthésies (ex: vomissements)?
-
TSVP ⇒

ANTECEDENTS MEDICAUX

CARDIAQUES			URINAIRES, RENAUX				
Infarctus, angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Insuffisance rénale, dialyse	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Palpitations, syncopes	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Problèmes de prostate	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Pace maker	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	DIGESTIFS			
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Ulcère gastroduodéal	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Souffle cardiaque	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Phlébite, Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Mal des transports	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Varices	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	NEUROLOGIQUES			
Cholestérol, Triglycérides	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Epilepsie, convulsions	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
RESPIRATOIRES				Coma	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Accident vasculaire cérébra	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Bronchites chroniques	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Sclérose en Plaques	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Migraines	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Apnées du sommeil appareillées	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
INFECTIEUX				Glaucome	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
VIH, SIDA	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	ENDOCRINIENS			
Hépatite B ou C	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Diabète	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
TRANSFUSION SANGUINE	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non	Problèmes de Thyroïde	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non

COAGULATION

Tendance aux saignements prolongés/inhabituels (saignement de nez, petite coupure) ayant nécessité une consultation médicale ou un traitement	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Tendance aux ecchymoses/hématomes importants pour un choc mineur	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Saignement prolongé après une extraction dentaire	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Saignement important après chirurgie (notamment après circoncision ou amygdalectomies)	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Pour les femmes : Hémorragie importante après accouchement, règles abondantes, prolongées ayant conduit à une consultation médicale ou un traitement	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non

PORTEZ-VOUS ?

<input type="checkbox"/> Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire, pivots, implants, couronnes	<input type="checkbox"/> Lunettes, Lentilles
--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

FEMMES UNIQUEMENT

Grossesse en cours :	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
- Terme : _ _ _ _ semaines			
Accouchements précédents :			
- Sous Péridurale	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
- Problème particulier	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non

ENFANTS UNIQUEMENT

Ancien prématuré	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
A déjà été hospitalisé	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Problème développement / scolarité	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non
Parents fumeurs	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non

AUTRE : Avez-vous autre chose à signaler ou préciser ?

Date :

Signature :

Les informations que vous communiquez sur ce formulaire sont nécessaires à votre prise en charge et font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique du Val d'Ouest pour répondre à ses obligations légales et réglementaires. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à vos données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement, sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org. soit par courrier en écrivant à Clinique du Val d'Ouest - 39 chemin de la Vernique - 69130 Ecully.

Services hôteliers

Découvrez notre gamme de chambres pour un séjour en toute sérénité

SUPPLÉMENTS CHAMBRES PARTICULIÈRES	TARIF TTC
Chambre standard en pédiatrie / médecine / chirurgie / maternité : Chambre privative / Télévision / Wifi	98,00 €*
Chambre confort en médecine / chirurgie / maternité : Chambre privative / Télévision / Wifi / Petit déjeuner prestige* / Une trousse de bienvenue / Un quotidien régional	125,00 €*
Chambre supérieure en médecine / chirurgie / maternité : Chambre privative / Télévision / Wifi / Petit déjeuner prestige* / Une trousse de bienvenue / Un quotidien régional / Un kit de bain / Un repas prestige*	175,00 €*
Chambre prestige en chirurgie / maternité : Chambre privative / Télévision / Wifi / Petit déjeuner prestige* / Une trousse de bienvenue / Un quotidien régional / Un kit de bain / Un repas prestige* / Une chambre spacieuse au mobilier design / Une couette et des draps de luxe / Un peignoir / Un plateau d'accueil / Des Magazines à disposition / La sortie administrative au lit du patient (hors week-end)	280,00 €*

Le forfait journalier hôtelier, facturé chaque jour calendaire d'hospitalisation y compris le jour de sortie, est de 20 €*. Le PAS (participation assuré transitoire) est de 24 €* par séjour.

Services complémentaires	TARIF TTC
Pour les chambres doubles, option TV avec casque obligatoire <i>possibilité d'achat à la boutique au prix de 5 €* </i>	4,00 €* par jour
Petit déjeuner prestige**	10,00 €*
Repas prestige**	30,00 €*

Services accompagnants	TARIF TTC
Le lit simple avec petit déjeuner offert	40,00 €*
Le petit déjeuner prestige**	10,00 €*
Le repas simple	10,50 €*
Le repas prestige**	30,00 €*
Un sandwich	3,00 €*

* sous réserve des tarifs en vigueur à la date d'entrée

** sauf en cas d'allergie(s) alimentaire(s), demande à faire 24h à l'avance



Clinique du
Val d'Ouest



La santé a tellement de talents !

Clinique du Val d'Ouest

39, chemin de la Vernique - 69130 Ecully
T. 04 72 19 32 00

www.cliniquedualdouest.com

